国民健康保険 飛騨市こどものこころクリニック

**■飛騨市用■　学校との面談（教育相談）オンライン利用同意書**

オンラインでの面談にあたり、以下の注意事項をお読みいただき同意いただける場合は参加教諭全員の署名をお願いします。

**■オンライン面談に利用する機器について**

・受診には、オンライン診療・服薬指導アプリCLINICS（以下「CLINICSアプリ」と称する）のビデオ通話を使用する

**■オンライン面談に利用する費用について**

・飛騨市負担となります（学校側の負担は無し）

**■オンライン面談を中止する場合について**

・下記に該当した場合は、オンライン面談を中止する（または直接対面面談とする）

* 患者様が面談同意書を撤回した場合
* 情報通信機器の不良・ネットワーク障害等によりオンライン面談を行うことができない場合
* その他、対面による面談が必要と医師が判断した場合

**■セキュリティおよびプライバシーについて**

・スマートフォンやパソコンなど端末のセキュリティ対策は、学校の責任で行う

・端末からの情報漏洩を防ぐため、生体認証やウィルス対策ソフトの導入を行い、使用する

・学校側、医師側共に同意なしに診療内容の録音、録画、撮影は行わない

・医師のアカウント等の情報を面談に関係ない第三者に提供しない

・医師との面談に際して、医師の同意がない限り、第三者を参加させない

**私は上記注意事項を理解し同意した上でオンライン面談を希望します。**

令和　　　年　　　月　　　日

教諭氏名：　　　　　　　　　　　　　　（役職　　　　　　　　）

教諭氏名：　　　　　　　　　　　　　　（役職　　　　　　　　）

教諭氏名：　　　　　　　　　　　　　　（役職　　　　　　　　）